N° 78.

20

ESSAI

SUR LA

PHTHISIE LARYNGÉE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 20 JUILLET 1836;

PAR J.-B.-FRANÇOIS ADENIS,
De Guéret (CREUSE);
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE MÉDECINE DE MARSEILLE;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Les difficultés et l'obscurité ne s'aperçoivent en chascune science que par ceux qui y sont entrés..... Moi qui ne fey austre profession, y trouve une profondeur et une vérité si infinies, que mon apprentissage n'a austre fruit que de me faire sentir combien il me reste à apprendre.

Essai de Michel Montaigne, liv. 3, c. 13.

A MONTPELLIER,
Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur, place d'Encivade, N° 3.
1836.

A LA MÉMOIRE DE MA TENDRE MÈRE.

Regrets éternels !!!

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

Puissé-je, en me rendant utile aux hommes, te dédommager des nombreux sacrifices que t'a imposés mon éducation !

Au Docteur BONNET, mon Beau-Frère, et à ma Sœur.

Affection inaltérable.

A MON ONCLE ADENIS, ET A MA TANTE SON ÉPOUSE.

Recevez cette faible offrande comme un témoignage des sentiments d'amour, de respect et de reconnaissance que j'éprouve pour vous.

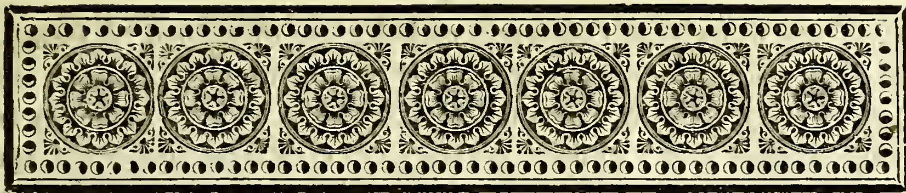
A MONSIEUR ÉRHARD ET A SON ÉPOUSE, MA COUSINE.

Estime, amitié.

A QUELQUES AMIS.

Espérance !

ADENIS.



ESSAI

SUR

LA PHTHISIE LARYNGÉE.

Phthisie laryngée, laryngite chronique, laryngite folliculeuse, aphtheuse, membraneuse, ulcéreuse, phthisie gutturale, etc., sont les différentes dénominations par lesquelles on a désigné une affection fort grave dont il est plus facile de prévenir le funeste développement que de guérir les suites désastreuses. Cette affection est produite par l'ulcération de la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur du larynx, détruit souvent les tissus sous-jacents, et détermine quelquefois la carie des cartilages qui composent la charpente de cet organe.

Cette maladie n'est sans doute pas nouvelle et a vraisemblablement existé dans tous les temps; cependant on ne trouve rien dans nos auteurs anciens qui nous prouve qu'ils en aient eu connaissance.

C'est aux progrès de l'anatomie pathologique qu'on doit les recherches les plus intéressantes sur le siége et la nature de la maladie qui fait le sujet de cette dissertation. Jusqu'alors tous les praticiens la confondaient avec la phthisie des poumons et de la trachée-artère. On conçoit, au reste, que cette espèce de phthisie n'a pu être démontrée, nommée, caractérisée qu'au moment où l'ouverture des cadavres eut conduit le médecin à une connaissance plus parfaite des organes, des fonctions remplies par eux dans l'état de santé, des altérations dont ils sont susceptibles dans l'état malade, et enfin des dégénérations dont l'état de mort permet de constater l'existence.

La phthisie laryngée peut être considérée comme primitive et indépendante de toute affection pulmonaire, ou comme une complication de la phthisie du poumon. Examinée sous le premier point de vue, l'ulcération du larynx est assez rare. On en trouve cependant quelques observations dans nos auteurs les plus recommandables. Valsalva fut fort étonné de trouver des poumons beaux et sains chez un évêque qu'on avait cru mort de phthisie pulmonaire, et qui avait succombé à une phthisie laryngée. Bursérius, un des premiers, s'aperçut qu'elle pouvait être due à des ulcères vénériens, et en cite un exemple. Morgagni l'a observée compliquée et non compliquée de syphilis. Van-Swieten, Monteggia, Barbette, Stoll, Sénaux, Lieutaud, Desault, Portal, Baumes, Charles Bell, Alibert, ont vu cette maladie sans la simultanéité de la phthisie pulmonaire. Du reste, ce qui prouve incontestablement qu'elle peut exister ainsi, c'est la guérison, souvent opérée de nos jours, de phthisies laryngées scrofuleuses et vénériennes.

Compliquée de phthisie pulmonaire, l'affection qui nous occupe est fort commune : il est peu d'auteurs qui se soient occupés des maladies de poitrine qui n'aient été souvent à même de l'observer. Bayle a établi que la phthisie laryngée était à la phthisie pulmonaire comme 17 est à 100. D'autres médecins ont pensé qu'elles étaient entre elles dans le rapport de 40 à 100. Chez les trois quarts des phthisies pulmonaires traitées dans le service de M. Lerminier, M. Andral a trouvé le larynx affecté à divers degrés.

ÉTIOLOGIE. La phthisie laryngée est-elle, comme nous venons de l'énoncer, quelquefois idiopathique et d'autres fois symptomatique? Dans l'état actuel de nos connaissances sur cette affection, je n'hésite pas à prononcer : oui, elle peut être idiopathique et consister en une forme chronique de la laryngite simple; oui, elle peut être symptomatique et provenir d'une lésion tuberculeuse des organes pulmonaires retentissant par voie de sympathie ou de continuité sur le larynx.

Dans l'une et l'autre occurrences, elle reconnaît comme causes prédisposantes, d'une manière plus ou moins éloignée, une constitution débile ou affaiblie par des maladies et des excès; un tempérament lymphatique et scrofuleux; l'habitation de climats froids et humides, et la naissance de parents phthisiques. L'hérédité est un fait incontestable en ce sens, qu'on voit tous les jours des individus, soumis à des causes légères d'excitation du larynx, contracter une phthisie laryngée par suite de la prédisposition organique générale qu'ils ont reçue de leurs parents.

La phthisie laryngée est souvent due à l'influence du passage presque continuel des crachats dans le larynx à l'occasion des phthisies pulmonaires avec expectoration abondante. Elle peut être occasionnée par les professions qui exposent à l'inspiration des vapeurs âcres et corrosives ou des substances irritantes réduites à l'état pulvérulent; par l'impression d'un air froid et humide; l'immersion dans l'eau. On peut ajouter à cet ordre de causes l'abus journalier des liqueurs alcooliques, l'introduction d'un corps étranger dans le larynx, une forte contusion à la région thyroïdienne, un traitement mercuriel trop prolongé et peu méthodique, cause d'autant plus remarquable, que la phthisie laryngée syphilitique, qui se guérit le plus ordinairement avec une merveilleuse rapidité à l'aide des préparations mercurielles, pourrait, dans quelques circonstances, s'en trouver aggravée. L'exercice outré de la voix est aussi une des causes principales de cette affection : elle se rattache à la loi en vertu de laquelle les organes sont d'autant plus facilement atteints qu'ils fatiguent davantage.

Enfin, elle est quelquefois produite par certaines causes morbifiques, telles que l'action du virus syphilitique, la métastase de la goutte et des dartres, la suppression d'un exutoire ou d'une évacuation habituelle.

Je crois devoir faire observer ici que la phthisie laryngée est beaucoup plus rare qu'on ne pense à l'occasion de la maladie des poumons. Pour mon compte, j'ai toujours vu que les ulcérations du larynx étaient, en quelque sorte, un des derniers effets de l'irritation pulmonaire tuberculeuse, ne se manifestaient que dans les derniers jours, et ne pouvaient pas, par conséquent, figurer en première ligne sous le titre de phthisie laryngée.

L'âge adulte est celui où l'on a le plus souvent observé cette maladie.

Altérations du larynx. Ne pouvant apercevoir l'intérieur de l'organe de la voix chez les malades, on n'a pu constater qu'après la mort les différentes lésions qu'éprouvait le larynx. Ainsi, on a vu que, de tous les tissus qui composent cet organe, la membrane muqueuse est celle qui présente les lésions les plus fréquentes. Assez rarement les tissus qui lui sont sous-jacents s'altèrent primitivement.

La lésion qu'on rencontre d'ordinaire dans le principe de cette maladie est une rougeur plus ou moins étendue de la muqueuse, qui se caractérise par de la chaleur, de la douleur, de la gêne dans la respiration. Mal soignée, elle augmente insensiblement et finit par passer à l'état chronique. L'inflammation du larynx peut s'étendre jusqu'à la trachée, aux bronches, ou en provenir; elle peut gagner la glotte, l'épiglotte, la base de la langue, le pharynx, et quelquefois la base de la cavité nasale.

Dans beaucoup de cas, on a rencontré la muqueuse tellement ramollie, que les ligaments thyro-aryténoïdiens qui constituent les cordes vocales ne sont plus recouverts que par une sorte de pulpe; chez d'autres, la membrane muqueuse a entièrement disparu, et les ligaments thyro-aryténoïdiens sont à nu. On peut aussi trouver cette membrane notablement plus épaisse, soit qu'en même temps elle s'indure, se ramollisse ou conserve sa consistance accoutumée.

La muqueuse du larynx peut s'épaissir, se boursoufler partiellement, et produire à sa surface des végétations, des fongosités, des tumeurs de forme et de grandeur variables. M. Andral cite, dans sa clinique, l'observation d'un phthisique qui, outre une extinction de voix, avait accusé, pendant son séjour à l'hôpital, une sensation habituelle de gêne et de constriction vers la région du larynx. A l'autopsie, il trouva l'espace compris entre les cordes vocales diminué du tiers dans le sens transversal par une tumeur rougeâtre, molle, pédiculée, qui s'élevait du fond de l'un des ventricules, et faisait une légère saillie au-delà du niveau des cordes vocales. On a souvent trouvé, sur les parois intérieures du larynx, des végétations syphilitiques, des polypes, des cancers, qui tous altèrent plus ou moins le timbre de la voix.

La membrane muqueuse, chroniquement enflammée, peut donner lieu, par ses sécrétions, à un autre genre d'altération; il se forme, dans ce cas, des fausses membranes qui, par leur forme, leur consistance, leur siége, ressemblent parfaitement à quelques-unes des nombreuses variétés des fausses membranes du croup (laryngite membraneuse). Ce genre d'altération, qui entraîne l'extinction presque toujours complète de la voix, n'est pas très-rare dans les dernières périodes des phthisies pulmonaires, et ne semble pas toujours produire d'accidents spéciaux. Doit-on l'attribuer à la largeur du larynx plus grande proportionnellement chez l'adulte que chez l'enfant?

Les nombreux follicules qui existent dans l'épaisseur de la muqueuse du larynx sont aussi susceptibles de s'affecter, soit isolément, soit en même temps que la muqueuse. Par un développement insolite, ils apparaissent quelquefois sous forme de granulations grisâtres; plus tard ils présentent de petites taches d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse, faisant saillie au-dessus de celle-ci, entourées d'un petit cercle rouge, et qui, au lieu d'être ou des érosions, ou des ulcérations superficielles, ne seraient, d'après M. Andral, que des follicules muqueux enflammés. Le même auteur explique la formation des tubercules dans le larynx par les différentes phases de désorganisation de ces mêmes follicules, qu'il dit avoir observés

non-seulement sur l'homme, mais sur le cheval où ils sont bien plus développés.

Quoi qu'il en soit de cette ingénieuse théorie de M. Andral, que je n'ai voulu que consigner ici, je crois que la formation des tubercules dans le larynx est due plus souvent à l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse. Cette inflammation produit souvent des abcès qui se font jour à travers la muqueuse; d'autres fois le pus sécrété se concrète, donne naissance à ces corps tuberculeux qui s'enflamment à la première occasion, suppurent et se forment une issue à travers la muqueuse, en y déterminant un travail inflammatoire qui se termine par ulcération.

Soit qu'elles proviennent de l'inflammation de la muqueuse, ou de l'altération d'une partie sous-jacente à la muqueuse, ou de la présence des tubercules, les ulcérations sont constantes dans la phthisie laryngée et occupent une étendue très-variable. Souvent elles sont si petites, qu'on les aperçoit à peine. D'autres fois l'intérieur du larynx ne présente plus en quelque sorte qu'une vaste ulcération au milieu de laquelle on ne retrouve que quelques débris de la muqueuse ayant l'aspect de végétations rouges jetées sur une surface qui diffère en raison des tissus qui la constituent.

Ces ulcérations peuvent affecter bien des formes. On les voit rondes ou ovales, oblongues, sinueuses, serpigineuses ou linéaires. Leurs bords, diversement découpés, se trouvent au niveau du fond ou plus ou moins élevés au-dessus de lui.

Leur nombre est en général en raison inverse de leur grandeur. Dans un certain nombre de cas, l'on ne trouve qu'une seule et petite ulcération; dans d'autres, la muqueuse est comme criblée d'une infinité de très-petites ulcérations séparées par des portions de muqueuse qui n'offrent d'autres altérations qu'une rougeur variable. Celle-ci peut ne se montrer que sur le bord même de l'ulcération, et alors il y a une infinité de petits cercles rouges. Dans certaines ulcérations du larynx, on a remarqué une blancheur parfaite de leurs bords, de leur fond et de la membrane qui les entoure.

Il n'est pas de point du larynx où l'on n'ait trouvé des ulcéra-

tions. Elles sont très-communes sur les cordes vocales, qu'elles détruisent souvent dans une grande étendue. La portion de muqueuse qui tapisse l'angle rentrant du cartilage thyroïde, la commissure antérieure des deux ligaments thyro-aryténoïdiens et le fond des ventricules, offre souvent de ces ulcérations, ainsi que la face interne du cartilage cricoïde. Il est bon de constater leur existence; car elles peuvent facilement échapper à l'investigation, et être cependant les seules lésions que présente le larynx d'individus dont la voix était depuis long-temps altérée. La fréquence plus grande des lésions de la muqueuse et du tissu sous-muqueux dans les cavités et les angles rentrants, s'explique par le contact plus prolongé des sécrétions qui y séjournent.

De ces ulcérations, les unes s'étendent en largeur et n'attaquent que la muqueuse; leur fond repose alors sur les divers tissus situés au-dessous d'elle, tels que muscles, cartilages, ligaments, etc. D'autres ne gagnent qu'en profondeur et peuvent atteindre, dans un espace de temps plus ou moins court, les différents tissus qui composent le larynx. Les fibres blanches qui constituent les ligaments thyro-aryténoïdiens offrent cependant les plus fréquentes ulcérations: elles perdent alors leur belle couleur blanche, deviennent ternes en même temps qu'elles se ramollissent par faisceaux isolés, quelquefois n'existent plus que sous forme de débris; il arrive même qu'on n'en trouve plus de trace, et alors le fond de l'ulcération repose sur le muscle du même nom qui peut s'altérer à son tour. Ainsi on trouve quelquefois ses fibres séparées par une matière gélatineuse puriforme. D'autres fois ce sont de petites granulations, une sorte de pus concret, grumeleux, qu'on trouve interposé au milieu de ses fibres. On l'a vu atrophié, et la place considérable qu'il occupe ordinairement presque entièrement remplie par des masses rougeâtres et comme végétantes du tissu cellulaire, au milieu desquelles on aperçoit à peine quelques fibres pâles du muscle. Plus souvent il a été trouvé ramolli, comme pulpeux; ailleurs il était déchiré comme s'il avait été soumis à une violence extérieure. Chez quelques phthisiques, on n'en a plus rencontré la moindre trace.

Le muscle crico-aryténoïdien latéral a été trouvé détruit par une ulcération dont le fond était constitué par le cartilage cricoïde en partie ossifié. Hunter montrait à ses cours une partie de ce cartilage qui avait été expectoré par un homme soupçonné phthisique et qui guérit parfaitement après cette expulsion.

Lorsque les cordes vocales ont éprouvé les altérations ci-dessus, la voix est elle-même très-altérée. Toutefois la lésion d'une seule corde vocale, quelque étendue qu'elle soit, entraîne une perte de voix moins complète qu'une lésion moins grave mais simultanée des deux cordes vocales.

Le fond des ulcérations repose-t-il sur des cartilages, on voit souvent ces derniers s'altérer. Leur tissu, homogène et parcouru seulement par des liquides blancs dans l'état sain, se laisse pénétrer par la partie rouge du sang qu'on y aperçoit sous forme de stries et de points rougeâtres; et au milieu de cette altération de tissus, on trouve souvent des rudiments de matière osseuse qui remplacent le tissu cartilagineux. Ainsi cette transformation, qui est ordinairement le résultat des progrès de l'âge, se trouve ici comme prématurément développée sous la seule influence de l'inflammation.

Il n'est pas rare de voir des malades, après plusieurs rechutes, accuser un point douloureux qui répond parfaitement à une des grandes cornes de l'os ioïde.

Les articulations qui unissent les différents cartilages sont quelquefois considérablement endommagées. Dans une observation publiée dans la thèse de M. Aubertin, on trouva complètement détruits les ligaments assez forts qui, dans l'état normal, maintiennent en contact les cartilages aryténoïde et cricoïde. Cette articulation, véritablement luxée, baignait dans une grande quantité de pus. Le cartilage aryténoïde du même côté était lui-même corrodé, rugueux et en partie ossifié à sa partie antérieure. La corde vocale gauche était considérablement ulcérée. Chez cet individu, âgé de 48 ans, la voix n'était qu'enrouée ; la déglutition et les efforts de toux provoquaient de la douleur vers la région du larynx. Ces ulcérations peuvent envahir la glotte et l'épiglotte, et détruire des parties plus

ou moins considérables de leurs tissus. La déglutition devient des plus pénibles lorsque l'épiglotte se trouve en partie détruite ; comme je viens de le dire, les aliments peuvent tomber dans le larynx et amener une véritable suffocation. La phonation est elle-même modifiée, parce qu'alors ces parties ne peuvent plus se rétrécir pour produire des tons élevés et se dilater pour en produire de plus graves.

On rencontre souvent dans la trachée toutes les altérations dont nous venons de nous entretenir ; mais la déglutition n'en souffre pas, le timbre de la voix et de la toux n'en est point altéré.

Une ulcération très-peu large, mais qui s'étend en profondeur, peut, en raison de sa situation, causer de graves désordres. M. Andral cite l'observation d'un phthisique, entré à la Charité en 1817, qui portait une fistule située vers l'extrémité supérieure de l'angle obtus que présente sur la ligne médiane du cou le cartilage thyroïde, et par laquelle s'échappait un peu d'air avec sifflement chaque fois que le malade inspirait ou expirait avec force. La voix n'était que faible, sans autre modification. A l'autopsie, on trouva une légère ulcération qui aurait pu admettre un pois ordinaire ; son fond reposait sur le cartilage thyroïde qui, au centre, présentait une légère perte de substance d'où était résultée l'ouverture fistuleuse reconnue pendant la vie.

Moins rares que les précédents, d'autres conduits fistuleux ont été trouvés n'affectant que les parties molles du larynx. MM. Andral et Gaudet rapportent plusieurs faits où le conduit fistuleux occupe le même point. L'ouverture se présente à la partie postérieure de l'un des ventricules, se dirige en arrière et en dehors, va se terminer en cul-de-sac au-devant du cartilage aryténoïde du même côté, et pénètre dans l'articulation.

Il arrive quelquefois que le tissu cellulaire subjacent, au repli de la muqueuse qui constitue le ligament aryténo-épiglottique, présente une infiltration séreuse assez considérable pour que la muqueuse se soulève et forme de chaque côté de l'ouverture supérieure du larynx un bourrelet capable d'oblitérer en grande partie cette ouverture. Assez souvent les piliers du voile du palais participent à cette

lésion qui, dans le plus grand nombre des cas, est circonscrite aux replis muqueux épiglotti-aryténoïdiens, au pourtour de l'épiglotte, à la corde vocale supérieure et au tissu cellulaire sous-muqueux qui occupe la face postérieure du cartilage cricoïde. M. Lallemand nous a rapporté, dans sa clinique, qu'il avait été une fois obligé d'introduire une sonde d'un fort calibre dans le larynx, afin d'obvier à la suffocation (angine laryngée œdémateuse).

Si, dans ces cas, la mort a été rapide, on trouve ordinairement les bourrelets épiglotti-aryténoïdiens mous, tremblotants, demi-transparents ; la muqueuse est décolorée et sans la moindre trace d'inflammation.

Si la mort a été moins prompte, le liquide infiltré est séro-purulent ; d'autres fois c'est une sérosité plastique, une pseudo-membrane infiltrée qu'on ne saurait exprimer du tissu cellulaire sous-muqueux.

Si le malade a succombé moins rapidement encore, c'est du pus infiltré qu'on rencontre.

Si la mort n'est encore venue que plus tard, par exemple sept ou huit jours après, on trouve le pus rassemblé dans un ou plusieurs points, les cartilages aryténoïdes privés de leur périoste; la muqueuse est couverte d'escarres blanches.

SYMPTOMES. La phthisie laryngée commence ordinairement par un sentiment d'irritation, une gêne au larynx simulant une sorte de titillation qui provoque la toux. A cette époque, l'ulcération paraît n'exister que sous forme de petites excoriations. Et comme cet état peut persister long-temps sans symptômes généraux, souvent les malades qui ont conscience d'un bien-être général, se fatiguent des petits soins que nécessite cette affection, négligent le traitement, éprouvent de fréquentes rechutes, et finissent par tomber dans une position presque toujours alarmante.

Dès lors l'ulcération fait des progrès ; il se développe une douleur plus ou moins vive, accompagnée quelquefois d'un sentiment d'érosion qui augmente par la pression. Le malade éprouve de la gêne à la gorge, y porte involontairement la main ; la déglutition devient

plus difficile, la toux plus violente; il est plus pénible d'avaler la salive; les matières expectorées sont muqueuses, purulentes, contiennent souvent du sang, qui quelquefois est rendu pur en assez grande quantité; la constriction est insupportable au larynx; la bouche est sèche, l'haleine fétide; la voix devient rauque, aiguë, cassée, et même l'aphonie complète survient.

La douleur augmente par la toux, se renouvelle plus souvent et par accès. La raucité est alors si forte, qu'elle nécessite le silence; elle semble ordinairement diminuer vers le matin, pour reparaître bientôt d'une manière plus intense. La déglutition devient plus pénible; la douleur se prolonge souvent le long de la trachée-artère, ce qui indique quelquefois que ce conduit éprouve les mêmes altérations que le larynx. Si, par la suite, l'ulcère attaque les cartilages, il arrive que le malade, dans ses accès de toux, rejette des portions cariées de ces tissus.

La fièvre, qui d'ordinaire existe depuis quelque temps, devient plus intense, surtout vers le soir, où le malade éprouve une céphalalgie très-opiniâtre et un sentiment continuel d'étouffement ne faisant que s'aggraver par les progrès de la maladie, phénomène qu'on peut attribuer à un amas de pus qui obstrue l'ouverture de la glotte, ou à un œdème de celle-ci et de l'épiglotte.

Dans la dernière période de la maladie, tous ces symptômes arrivent au dernier degré, toutes les fonctions se détériorent. La digestion est troublée, la voix éteinte; la dyspnée s'accroît au point d'amener une suffocation imminente. Fièvre lente, œdème des pieds, sueurs nocturnes, dévoiement colliquatif, marasme hectique, insomnie, odeur *sui generis*, infecte, et le malade, épuisé, arrive bientôt au terme fatal de ses souffrances, ayant conservé ses facultés intellectuelles dans leur intégrité parfaite.

Le médecin se tromperait grandement s'il croyait trouver tout cet appareil de symptômes dans tous les cas d'ulcérations du larynx; et loin qu'ils soient tous caractéristiques, l'observation prouve que ceux dont on peut tirer parti le plus constamment se réduisent à un bien petit nombre, tels qu'un sentiment de douleur et d'ardeur dans le

larynx, le changement du ton de la voix, son extinction progressive, et quelquefois une déglutition douloureuse. Et quand on observe au lit du malade, on cesse bientôt de reconnaître l'ordre déterminé que les pathologistes ont assigné à ces symptômes. qu'on ne voit presque jamais procéder, dans leur apparition, d'après la mesure successive de gravité qui les distingue dans les descriptions nosographiques. En suivant la marche, qu'on devrait croire graduelle, des diverses sensations du larynx, depuis le simple sentiment de chaleur et de titillation jusqu'à celui d'une érosion déchirante et des divers changements du son de la voix, depuis la raucité jusqu'à l'aphonie la plus complète, qui se développent, selon les auteurs, à différentes époques de la maladie, on trouve souvent, dans le premier cas, des exemples d'ulcérations laryngées où les malades sont morts n'ayant éprouvé que les sensations les moins douloureuses du larynx ; et cependant cet organe était le siége des désorganisations les plus profondes. Un grand nombre ont succombé aussi après avoir ressenti subitement, et sans autres phénomènes préalables, l'ardeur et la chaleur les plus intenses du larynx, lorsque cet organe ne présentait que des lésions légères, si on les compare à la gravité des accidents. D'autres, enfin, ont offert à l'examen du larynx les altérations organiques les plus graves, et rien pendant la vie n'en avait accusé l'existence. On trouve souvent la voix rauque ou tout-à-fait abolie pendant toute la durée de la maladie. Dans ces cas, on ne voit pas la raucité faire place à l'aphonie ; mais l'une et l'autre existent, et persistent jusqu'à la mort sans avoir été modifiées, bien qu'on ne voie pas toujours que la première soit liée aux lésions anatomiques les moins graves du larynx, ni la seconde à celles qui le sont le plus. En outre, on trouve un grand nombre d'altérations diverses de la voix, et même d'aphonie complète, sans aucune lésion organique du canal aérien.

Si l'on examinait les autres symptômes que nous avons énumérés, nous aurions le même résultat par rapport à leur apparition et à leur succession.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. La phthisie trachéale, si bien

décrite par M. Cayol, ne saurait guère être confondue avec la phthisie laryngée. L'absence de douleur dans la déglutition, et surtout l'absence de lésion dans le timbre de la voix et de la toux, me paraissent caractéristiques, ainsi que le sifflement de la voix sur lequel s'appesantit cet auteur, l'abondance et la nature purulente des crachats, la présence de la douleur un peu plus bas, s'étendant quelquefois jusqu'à la partie supérieure du thorax. *Les accès de suffocation sont plus fréquents et plus dangereux.* Du reste, la méprise serait de peu d'importance, le traitement de ces deux phthisies étant généralement le même.

Le croup diffère de la phthisie laryngée par une plus grande rapidité dans sa marche, par une voix aiguë ou glapissante, tandis qu'elle est grave ou rauque dans la dernière maladie; enfin, par la toux et la nature des crachats qui sont bien différents.

L'œdème de la glotte se rapproche de la phthisie laryngée par la dyspnée, la gêne et la douleur du larynx, et par une altération profonde de la voix dès le commencement. Mais ce qui l'en distingue, c'est qu'elle survient souvent à la suite de quelque affection lente du larynx, et qu'elle a une durée très-courte. Elle est caractérisée par des accès de suffocation violents et prolongés. La gêne de la respiration se fait surtout sentir dans l'inspiration, tandis que l'expiration est tout-à-fait libre.

Il peut aussi se faire que certains corps, tels que des concrétions calculeuses, des hydatides, se soient développés dans les ventricules du larynx, et simulent son ulcération, ou rétrécissent plus ou moins l'ouverture de la glotte. Alors le jugement du médecin pourra être embarrassé si quelques débris calculeux ou des portions d'hydatides ne sont point rejetés. Peut-être aussi que la lenteur du développement de ces produits pathologiques et des accidents qui en sont la suite serait susceptible d'éclairer son diagnostic.

Enfin, il est une infinité d'altérations de la voix qui vont jusqu'à l'aphonie, et qu'on rencontre fréquemment à différentes époques de la vie des femmes nerveuses, et chez des individus qui abusent des liqueurs alcooliques, qu'il importe de bien distinguer. Dans ces cas,

le médecin examinera si le système nerveux prédomine chez la femme, si cet état est soumis à des retours, à des intermittences, et si, depuis son apparition, il n'a apporté aucun trouble dans l'état général des fonctions. La même prudence est nécessaire quand il s'agit d'individus adonnés aux boissons spiritueuses et qui offrent une voix plus ou moins altérée, avec absence complète des autres phénomènes de l'ulcération.

PRONOSTIC. La phthisie laryngée est une des affections qui exigent, de la part du médecin, le plus de circonspection dans son pronostic. En effet :

1° Les ulcérations locales intenses peuvent suffire à elles seules pour amener la mort.

2° La complication des tubercules pulmonaires peut encore venir aggraver cet état déjà fort alarmant. Ils sont d'autant plus à craindre, que, d'après les meilleurs praticiens, lorsqu'on observe la phthisie laryngée avec dépérissement et quelques autres signes de phthisie, et que cependant rien n'indique l'existence de ces tubercules, on a tellement de probabilités pour les admettre, qu'elles équivalent presque à une certitude.

3° La difficulté dans la respiration, fonction essentielle à l'hématose, présente aussi de graves dangers, si l'on ne peut être là assez tôt pour y obvier, comme l'a fait M. Lallemand dans le fait cité par M. Moquin-Tandon.

4° La phthisie laryngée est moins grave quand elle est produite par une cause externe, c'est-à-dire par un coup ou la présence d'un corps étranger dans le larynx.

5° Celles qui sont de nature syphilitique ou scrofuleuse présentent peu de gravité en raison de leur traitement spécifique. La plus grave sans contredit est celle qui est compliquée de tubercules pulmonaires, parce qu'elle est alors un symptôme fort grave de cette dernière, contre laquelle la médecine est encore presque constamment impuissante.

TRAITEMENT. C'est peut-être dans le traitement de la phthisie laryngée que l'on peut dire avec le plus de raison qu'on ne saurait assez

donner d'importance à la recherche de la cause qui l'a produite. Cette vérité, qui est d'une application générale, se trouve si urgente ici, que ce n'est que par la connaissance de l'origine de cette maladie que le médecin se trouve quelquefois en droit d'attendre un succès qui, le plus souvent, dépasse nos ressources. Ainsi, les seuls cas où l'on peut espérer une cure définitive, se réduisent à ceux où cette affection est la suite d'une inflammation simple et prolongée du larynx ou de l'action du virus vénérien. Tous les autres cas où l'ulcération paraît due à l'influence des vices généraux morbifiques, et où elle existe indépendamment de phthisie pulmonaire, pourront peut-être offrir une chance de succès; mais dans tous les cas si nombreux où cette maladie coexiste, on ne doit espérer que le soulagement des symptômes les plus graves, et tout au plus que la moindre rapidité des lésions organiques qui la constituent. Toutefois, que l'ulcération du larynx soit purement essentielle, ou qu'elle complique la phthisie pulmonaire, il est certain que les moyens de traitement sont à peu près identiques. Leur différence ne consiste, en effet, que dans certaines circonstances de leur application. Mais il n'en est plus de même pour les ulcérations laryngées vénériennes, dartreuses, scrofuleuses, et celles qui tiennent à la présence d'un corps étranger introduit du dehors dans les voies aériennes.

Si la phthisie laryngée est due à l'inflammation, le repos de l'organe malade sera obtenu par le silence le plus absolu. On engagera le malade à résister, autant que possible, au besoin de tousser; il exprimera ses besoins et ses idées à l'aide des signes et de l'écriture. Le régime sera adoucissant, et se composera de lait, de bouillon gélatineux, de fécules. Si la déglutition était douloureuse, on la rendrait moins pénible en donnant pour nourriture des aliments ayant la consistance de bouillie. Si, dans les périodes très-avancées de la maladie, la déglutition est presque impossible par la destruction plus ou moins complète de l'épiglotte et par l'effet du défaut de jeu dans les organes de la déglutition, il faut employer une sonde œsophagienne pour porter les aliments dans l'estomac à travers le pharynx et l'œsophage.

On fera de petites saignées générales, des saignées locales sur les côtés et au niveau du larynx; des ventouses scarifiées à la nuque et sur les parties latérales du col rempliront le double but antiphlogistique et dérivatif. On aura aussi recours aux vésicatoires volants répétés, appliqués successivement sur les côtés du larynx, à de petits moxas ou bien de petits cautères placés au même endroit; au séton à la nuque; on placera un vésicatoire au col.

Les tentatives hardies de M. Trousseau, qui, dans certains cas d'aphonie, a cautérisé le larynx à l'aide d'une éponge imbibée de solution de nitrate d'argent, sembleraient devoir conduire à l'emploi du même moyen dans la phthisie laryngée. Pour mon compte, je crois qu'on a trop à redouter, sous l'influence d'un pareil remède, le développement d'une laryngite pseudo-membraneuse ou sous-muqueuse.

On a encore conseillé un autre moyen chirurgical : il consisterait à diviser le larynx en avant sur la ligne médiane, et à porter directement les substances médicamenteuses sur les points malades, à cautériser les cartilages cariés; mais je ne sache pas que cette opération ait été pratiquée.

Quand les ulcérations sont vénériennes, les moyens précédents ne devront pas être négligés; ils doivent servir à seconder l'action des préparations mercurielles, auxquelles on doit des guérisons merveilleuses. Si la cause syphilitique est bien établie, et que le mercure aggrave tous les accidents, la tisane de Feltz pourra être employée; je lui ai vu obtenir des cicatrisations rapides.

Si l'affection du larynx tient à un vice dartreux, le médecin devra modifier son traitement en songeant à cette complication. Si elle se rattache à une constitution scrofuleuse, et nous pourrions en citer deux observations que nous devons à la bienveillance de M. le professeur Vailhé, le mode de traitement sera encore différent : dans sa pratique en ville, et dans son service à l'hôpital St-Éloi, lors de la mort de l'infortuné Delpech, le professeur Vailhé eut occasion de donner ses soins à deux individus éminemment scrofuleux. L'un deux, portant une tumeur blanche au genou, fut ramené plusieurs fois à la santé au moyen des préparations d'or, et ne dut sa perte

qu'à ses nombreuses imprudences. L'autre fut parfaitement guéri, et jouit toujours d'une bonne santé.

Le cas où un corps étranger, ainsi qu'il en existe des exemples, aurait été introduit dans les voies aériennes, réclamerait l'opération de la laryngotomie ou de la trachéotomie.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen, *Président.* Anatomie.
BROUSSONNET. } Clinique médicale.
CAIZERGUES, *Examinateur.* } Clinique médicale.
LALLEMAND, *Suppléant.* } Clinique chirurgicale.
SERRE, *Examinateur.* } Clinique chirurgicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
DUPORTAL. Chimie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ, *Examinateur.* Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ, *Examin.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES, *Examinat.*
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR, *Suppléant.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.